6 (L)

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE PAR DÉCRET DU 26 AOUT 1893

DIXIÈME CONGRÈS

DE

CHIRURGIE

PARIS, 1896

PROCÈS-VERBAUX, MÉMOIRES ET DISCUSSIONS

EXTRAIT

PARIS

ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET Cie

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR

108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

1896

Extrait du CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE (10e session, Paris, 1896).

(Félix Alcan, éditeur.)

UN CAS DE PYLORECTOMIE

COMBINÉE A LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE

PAR LE BOUTON DE L'AUTEUR

POUR UNE STÉNOSE PYLORIQUE

AVEC ULCÉRATION ET NODULE CANCÉREUX MICROSCOPIQUE

Par le Dr CHAPUT (de Paris)

Chirurgien des hôpitaux.

Un malade de cinquante et un ans, sans antécédents héréditaires ni personnels, commence à souffrir de l'estomac au commencement de 1895; les vomissements suivent de près les douleurs et bientôt le malade vomit presque toutes les nuits, vers une heure du matin, des matières alimentaires exhalant une odeur putride.

Il entre à Andral, chez M. Mathieu, en février 1896; on constate que l'estomac est distendu par les gaz, et qu'il existe du clapotement; la région épigastrique est douloureuse à la pression, mais on ne trouve pas de tumeur appréciable. Un premier examen du suc gastrique fait le 12 février 1896 indique l'existence d'une hyperchlorhydrie manifeste. Sous l'influence du régime lacté, puis des lavages de l'estomac suivis de gavages à la poudre de viande, le malade s'améliore; il sort le 7 avril 1896, mais revient le 13 mai à cause du retour des accidents. Une seconde analyse gastrique indique de l'hypochlorhydrie. Les lavages de l'estomac suppriment les vomissements, mais laissent persister les douleurs; en outre, les lavages évacuent chaque jour une quantité considérable de liquide infect qui indique l'existence d'un rétrécissement du pylore.

M. Toupet m'envoie le malade à Bicêtre; je l'opère le 18 juillet 1896.

Après l'incision de l'abdomen, je constate la présence d'un anneau néoplasique large de 3 centimètres environ occupant le pylore.

Après avoir sectionné le petit et le grand épiploon dans une étendue correspondant aux dimensions de la tumeur, je coupe l'estomac et le duodénum entre deux rangées de pinces.

Je ferme en cul-de-sac l'estomac et le duodénum par un double étage de sutures.

J'établis ensuite une anastomose entre la face antérieure de l'estomac et l'origine du jéjunum.

L'anastomose est établie au moyen de mon bouton n° 5. Pour éviter l'issue des matières stomacales j'emploie une manœuvre préconisée récemment par Quénu, et qui consiste à pincer la base d'un large pli stomacal sur lequel on pratique l'anastomose.

A cet effet, j'incise l'estomac au niveau du pli en question, je borde l'ouverture d'un surjet à la soie et je noue ce surjet au fond de la gouttière de mon bouton.

J'incise également l'intestin sur son bord convexe, je borde l'orifice d'un surjet à la soie et je noue ce surjet au fond de la gouttière du bouton anastomotique, dont une partie émerge encore hors de l'estomac.

A travers les parois de l'estomac et de l'intestin, je rapproche les bords de la gouttière de l'instrument. Les parois stomacales et intestinales sont dorénavant en contact aussi intime que si elles étaient suturées; aussi me crois-je autorisé à ne pas placer de sutures séro-séreuses complémentaires.

L'examen de la pièce enlevée a montré une hypertrophie considérable du pylore avec une petite ulcération de la muqueuse; sur les bords de cette ulcération on aperçoit un petit îlot microscopique de tubes à épithélium pavimenteux, métatypique, lésion caractéristique du cancer.

A la suite de cette intervention le malade a guéri très simplement. Pas de fièvre, pas de vomissements. Entre le 4 septembre et le 16 octobre il a augmenté de 9 kilogr. 1/2; il pesait à cette date 71 kilogr. 500. Les digestions sont parfaites, bien qu'il mange toute espèce d'aliments et en grandes quantités.

Voici donc une observation dans laquelle les médecins ont donné satisfaction aux légitimes réclamations des chirurgiens, qui depuis des années répètent sur tous les tons : « Nous avons de mauvaises statistiques de chirurgie stomacale parce que les méde-

cins nous envoient les maladies trop tard, mais nous aurons des succès quand nous n'opérerons plus des malades épuisés. »

J'estime que MM. Mathieu et Toupet ont donné un salutaire l'exemple en rompant avec les habitudes trop temporisatrices de leurs collègues français.

Dès le mois de mars 1896, M. Mathieu avait posé l'indication opératoire; il n'a pas dépendu de lui que le malade fût opéré à cette époque.

L'indication était en effet formelle, car le malade présentait des signes indéniables de rétrécissement pylorique, c'est-à-dire des vomissements survenant longtemps après les repas, se reproduisant chaque jour. Le malade retrouvait dans ses vomissements des débris de légumes et de fruits non attaqués par la digestion. En outre le tube de Faucher introduit le matin à jeun évacuait une grande quantité de liquide fétide indiquant une stase avec fermentation gastrique. C'est sur ces signes que M. Mathieu avait posé l'indication opératoire, bien que le malade fût d'ailleurs vigoureux, bien en chair, et bien que le lavage de l'estomac lui procurât un soulagement considérable. L'examen des pièces nous a montré à quel point l'opération était indiquée.

J'ai préféré fermer complètement l'estomac et le duodénum après l'ablation du pylore, et faire ensuite la gastro-entérostomie, plutôt que d'aboucher l'orifice duodénal avec l'orifice stomacal. Cet abouchement me paraît essentiellement vicieux pour deux raisons :

1° L'affrontement est difficile et généralement peu satisfaisant au point de rencontre de la suture gastro-duodénale et de la suture gastrique. En ce point la suture gastrique se bifurque pour entourer le duodénum, et c'est là un point mal fermé, mal réuni, un point faible qui cède fréquemment;

2° Parce que l'épaisseur et la rigidité des parois stomacales les empêchent de s'infléchir au contact du duodénum. Elles tendent sans cesse à se redresser, et le faisant elles font couper les sutures, d'où péritonite par perforation. Pour toutes ces raisons la gastro-entérostomie me paraît infiniment supérieure à la suture circulaire des deux orifices.

J'ai employé mon bouton anastomotique pour exécuter l'anastomose gastro-intestinale. L'opération a été simple, facile, sans accrocs, et surtout elle a été très rapide, car elle n'a duré que dix minutes. Cette rapidité m'a été très précieuse dans l'espèce, car les temps antérieurs de l'opération, résection, hémostase, fermeture de l'estomac et du duodénum, avaient duré fort longtemps, une heure et demie, et de même la suture des parois abdominales (très rigides et très difficiles à mettre au contact) fut éga-

lement très longue. Il n'était donc pas indifférent dans l'espèce de faire une gastro-entérostomie rapide au lieu d'une longue.

Comme on a pu s'en rendre compte, j'ai simplifié la technique de mon bouton en faisant sur chaque orifice viscéral un surjet circulaire qu'on noue isolément sur le bouton; primitivement je faisais la suture des deux orifices en même temps; cette manœuvre était plus délicate et plus difficile à comprendre. J'ai encore supprimé les sutures séro-séreuses complémentaires, ce qui raccourcit d'autant la durée opératoire. J'insisterai en passant sur l'excellence de la pratique recommandée par Quénu, qui consiste à isoler par des pinces la région de l'estomac qu'on se propose d'inciser. Grâce à cette manœuvre, disparaît enfin une des plus grosses difficultés de la gastro-entérostomie.

Mon bouton n'a pas été retrouvé dans les selles; il est possible qu'il ait été évacué sans qu'on l'ait vu, mais il est plus probable qu'il est resté dans l'estomac, comme cela arrive fréquemment aux boutons de Murphy. Il est vrai de dire que jusqu'ici ce séjour prolongé dans l'estomac n'a pas eu de suites fâcheuses. Dans une de mes observations, une malade a conservé mon bouton anastomotique pendant sept mois dans l'estomac sans la moindre complication.

L'examen de la pièce enlevée s'est montré plein d'intérêt, car nous avons constaté une hypertrophie musculaire considérable du pylore, avec lésions adénomateuses de la muqueuse, qui présentait en un point une petite ulcération. Sur un des bords de la surface ulcérée on apercevait au microscope un petit nid de culs-de-sac glandulaires présentant des cellules d'épithélium pavimenteux métatypique, lésions caractéristiques du cancer.

Ainsi donc notre intervention n'a pas eu seulement pour résultat de supprimer un rétrécissement incompatible avec l'existence, mais encore elle a permis d'enlever avec une précocité inusitée un cancer au début, de dimensions microscopiques. On a le droit d'espérer que non seulement le malade est guéri à tout jamais de son rétrécissement, mais encore que son cancer à peine naissant n'aura pas de tendances à la récidive.

Je termine en donnant l'observation détaillée du malade.

Sténose pylorique avec petite ulcération et nodule cancéreux microscopique. Pylorectomie combinée à la gastro-entérostomie par le bouton de l'auteur, par MM. Mathieu, Toupet et Chaput (observation rédigée par MM. Descazals et Cochemet, internes des hôpitaux).

Louis B..., cinquante et un ans, veilleur de nuit, entré à Andral le 18 février 1896 dans le service de M. Mathieu. Pas d'antécédents héréditaires cancéreux.

Il n'a jamais été malade jusqu'en 1871, où il eut une poussée d'ictère.

Depuis cette époque il a eu plusieurs fois de l'embarras gastrique.

Il nie tout excès alcoolique.

Il n'a jamais eu d'autre maladie.

Depuis un an environ le malade souffre de l'estomac. Les vomissements ont commencé en avril 1895. Depuis cette époque le malade vomit à peu près toutes les nuits pendant son travail de veilleur de nuit, vers une ou deux heures du matin. Le matin la bouche est mauvaise et le malade a des renvois d'œufs pourris.

Le premier repas est toujours pris avec appétit, mais aussitôt après le malade est pris de maux de tête, d'envies de dormir qui durent environ trois quarts d'heure. Au repas du soir, l'appétit est encore bon et les mêmes phénomènes se produisent ensuite. Le malade se rend ensuite à son travail de nuit, et c'est alors qu'il est pris de vomissements. Il ignore s'il a eu des vomissement de sang, car les vomissements ont lieu la nuit dans l'obscurité.

Le malade a des alternatives de diarrhée et de constipation.

A son entrée à Andral le malade se plaint de mal dormir; il dit aussi que ses douleurs stomacales augmentent.

L'examen de l'abdomen est difficile à cause de la rigidité des parois; on ne constate pas de corde colique; le foie est un peu sensible; la sonorité gastrique est accentuée au niveau de la grosse tubérosité et s'étend sur une longueur de 12 centimètres environ.

On ne sent pas de tumeur pylorique.

La grande courbure de l'estomac est un peu sensible; le clapotage digital est difficile à percevoir à cause de la rigidité des parois; il n'y a pas de flot.

Par une pression attentive, on localise la douleur au point épigastrique droit (dans l'angle droit formé par l'intersection de la verticale sternale, avec une horizontale menée par le rebord inférieur des fausses côtes).

On met le malade au lait.

Quelques jours après son entrée, il a de la diarrhée; on lui donne de la craie, qui l'arrête au bout de quelques jours.

Le 21 février, on lui donne 1/2 milligramme d'atropine, qu'on supprime le 2 mars.

On lui fait alors des lavages d'estomac tous les quatre ou cinq jours, et on lui évacue l'estomac tous les jours. En même temps, gavage à la poudre de viande.

Le malade sort le 7 avril, amélioré.

Il revient le 13 mai 1896.

Il se plaint de souffrir autant qu'avant.

L'examen de l'abdomen ne révèle rien de nouveau; l'estomac paraît très distendu.

On lui refait des lavages comme antérieurement; on trouve le matin une quantité considérable de liquide d'odeur infecte. Le malade éprouve des douleurs très violentes, surtout la nuit.

A l'entrée il a de la diarrhée qui dure plusieurs jours. Craie.

On fait le 30 mai une nouvelle analyse du suc gastrique, et tandis que la première analyse (12 février) avait conclu à l'hyperchlorhydrie, la seconde montra de l'hypochlorhydrie.

On donne alors de l'acide chlorhydrique, qui soulage nettement le malade; puis au bout de quelques jours les douleurs reviennent aussi violentes qu'auparavant. On donne un 1/2 milligramme d'atropine, qui soulage le malade.

Quelques jours après, les douleurs reparaissent avec une nouvelle violence; au bout de quelques jours, voyant qu'on n'obtenait pas d'amélioration durable, M. Toupet envoie le malade à Bicêtre dans le service de M. Chaput, pour le faire opérer.

Le malade entre à Bicêtre le 15 juillet 1896; les symptômes fonctionnels sont les mêmes; les vomissements sont les mêmes; ni hématemèse, ni melæna. Le malade se plaint d'une douleur sourde au point épigastrique. Cette douleur disparaît lorsqu'il a vomi; pas de point rachidien ni scapulaire.

Pas de tuméfaction nette au niveau de l'estomac. Pas de tumeur à la palpation. On entend facilement le clapotage stomacal en secouant le malade.

Pas de ganglions sus-claviculaires.

L'état général est bon.

Depuis son entrée à Andral il a engraissé de 8 kilogrammes.

Il pesait 57 à l'entrée à Andral; il pèse maintenant 65 kilogrammes. Cette amélioration doit être attribuée au lavage de l'estomac et à la poudre de viande.

Rien dans les urines; pas de stigmates hystériques.

Opération le 18 juillet 1896. — L'estomac a été lavé la veille et le matin du jour de l'opération.

Anesthésie à l'éther (Julliard).

Incision médiane. Je constate l'existence d'un anneau néoplasique du pylore, petit et dur, donnant la sensation d'un petit cancer annulaire.

Je coupe l'estomac et le duodénum entre deux rangées de pinces. Après avoir fait la ligature des portions correspondantes du grand et du petit épiploon. Je ferme l'estomac et le duodénum en cul-de-sac par un étage perforant et un étage séro-séreux.

Je vais à la recherche de l'origine du jéjunum et je choisis pour l'anastomose un point situé à 50 centimètres de l'origine de l'intestin grêle. J'arrête la circulation des matières avec deux de mes compresseurs spéciaux placés à 10 ou 12 centimètres de distance.

Je fais un large pli sur la paroi stomacale antérieure au moyen de deux grandes pinces courbes. Ce pli contient un diverticule stomacal complètement isolé du reste de l'organe et sur lequel je vais exécuter la gastro-entérostomie sans danger d'irruption des matières alimentaires.

Je fais sur la convexité du pli une incision de 4 à 5 centimètres, suffisante pour admettre mon bouton anastomotique n° 5.

Je borde les lèvres de l'orifice avec un surjet à la soie moyenne. Je place mon bouton de façon que sa gouttière soit à cheval sur l'orifice stomacal et je noue le surjet sur une des extrémités du bouton.

J'incise l'intestin, je borde l'orifice d'un surjet et j'engage dans cet orifice la portion du bouton qui dépasse la surface de l'estomac. Le surjet est serré et noué.

A travers les parois gastriques je rapproche les bords de la gouttière du bouton de manière à mettre en contact intime les parois stomacales et intestinales.

Je n'exécute pas de sutures séro-séreuses à la périphérie du bouton.

Je note en passant que l'intestin a été tordu à la façon de Lücke-Rockwitz.

Les sutures de la paroi abdominales (points séparés à la grosse soie plate) sont très difficiles à exécuter à cause de la tension de la paroi et de la tendance à la hernie des intestins.

L'opération ayant duré très longtemps, je ne suture pas la peau, je panse à plat à l'iodoforme.

Je note spécialement que si l'opération totale a duré deux heures par suite de divers incidents, la gastro-entérostomie a été très rapide; grâce à mon bouton elle a été exécutée en dix minutes.

Le malade fut mis pendant quinze jours au régime des liquides. La plaie abdominale cicatrisa en quelques semaines. La convalescence ne fut en rien troublée.

Le 2 septembre 1896, le malade pesait 64 kilogrammes; le 18 septembre, 68 kilogrammes; le 2 octobre, 71 k. 500; le 16 octobre, 75 kilogrammes. Il a donc augmenté de 9 kilogrammes depuis le 4 septembre.

Le bouton n'a pas été retrouvé dans les selles.

Depuis le moment où le malade a recommencé à prendre des aliments solides, il a toujours parfaitement digéré; depuis cette époque il mange indistinctement toute espèce d'aliments sans jamais ressentir le moindre trouble digestif.

Analyse du suc gastrique du 12 février 1896.

Liquide extrait, 175 cm. c.	Émulsion de 10 gr. d'huile.
A = 161	Transit.
T = 392	Volume total, 267 cm. c.
H = 0	Évacué, 108 —
C = 266	Conservé, 142 —
F = 126	Sécrété, 125 —
H + C = 266	Huile 0/0 = 2 gr. 128
Vert brillant = 0	Non évacué = 5 gr. 679
Peptones, traces.	Evacué = 4 gr. 321
Acide lactique 0	

Analyse du 30 mai 1896.

Liquide extrait, 153 cm. c.	Émulsion de 16 gr. d'huile.
A = 79	Volume total, 372 cm. c.
T = 292	Évacué, 146 —
H = 0	Conservé, 253 —
C = 157	Sécrété, 119 —
F = 135	Huile 0/0, 1 gr. 580
H + C = 157	Non évacué, 10 gr. 125
Vert brillant 0	Evacué, 5 gr. 875
Peptones + 1	
Acide lactique 1	

Examen de la pièce. — La tumeur enlevée représente un anneau extrêmement épais présentant au centre un orifice admettant à peine une sonde cannelée. L'anneau mesure environ 3 centimètres de largeur et une épaisseur égale.

La consistance est dure ; on n'aperçoit pas de bourgeons cancéreux ni d'ulcération étendue.

Examen histologique pratiqué par M. Toupet. — On constate une hypertrophie de toutes les tuniques, surtout des fibres musculaires circulaires et de la sous-muqueuse.

Après macération dans l'alcool, l'épaisseur totale de la coupe reste encore de 2 centimères.

Les fibres musculaires longitudinales sont infiltrées de tissu conjonctif qui les étouffe. Les faisceaux musculaires sont hypertrophiés et infiltrés de cellules embryonnaires; la sous-muqueuse est épaissie, hypertrophiée, transformée en un tissu conjonctif dense.

La muqueuse est aussi épaissie, ses glandes sont très longues, très larges, sinueuses, repliées en zigzag. Les cavités glandulaires sont dilatées et tapissées d'un épithélium clair.

Sur la gauche de la préparation, on constate, à l'œil nu, la présence d'une ulcération large de 4 à 5 millimètres, profonde de 3 millimètres, à bords taillés à pic.

Le fond de cette ulcération repose sur la celluleuse enflammée et dense. A gauche de l'ulcération, le tissu interstitiel de la muqueuse étouffe de rares tubes glandulaires à épithélium muqueux. A droite de l'ulcération on trouve vers la surface des cavités glandulaires rares à revêtement muqueux, étouffées par un tissu conjonctif très dense.

Sur le même bord droit de l'ulcération, mais vers la profoudeur, existe un petit îlot visible à l'œil nu, mesurant 1/2 millimètre de diamètre, au niveau duquel le microscope permet de distinguer des tubes glandulaires à faible diamètre coupés perpendiculairement à leur grand axe et serrés les uns contre les autres. L'épithélium de ces cavités est pavimenteux, granuleux et trouble; c'est donc un épithélium métatypique, caractéristique des néorformations cancéreuses d'après M. Toupet.

Coulommiers. — Imp. Paul Brodard.

LIBRAIRIE FÉLIX ALCAN

Congrès français de chirurgie. *Procès-verbaux, mém[illegible] et discussions*, publiés sous la direction de MM. S. P[illegible] L. Picqué, secrétaires généraux (9 volumes parus).

1re session. Paris, avril 1885. 1 vol. in-8, avec figures. . . [illegible]
2e session. Paris, octobre 1886. 1 vol. in-8, avec figures. . [illegible]
3e session. Paris, avril 1888. 1 vol. in-8, avec figures. . . [illegible]
4e session. Paris, octobre 1889. 1 vol. in-8 avec figures . . [illegible]
5e session. Paris, avril 1891. 1 vol. in-8 avec figures. . . . [illegible]
6e session. Paris, mars 1892. 1 vol. in-8 avec figures . . . [illegible]
7e session. Paris, avril 1893. 1 vol. in-8 avec figures . . . [illegible]
8e session. Lyon, octobre 1894. 1 vol. in-8 avec figures. . [illegible]
9e session. Paris, octobre 1895. 1 vol. in-8 avec figures . . [illegible]
10e session. Paris, octobre 1896. 1 vol. in-8 avec figures . . [illegible]

Coulommiers. — Imprimerie Paul BRODARD.